

## FICHE D'INSCRIPTION : CONCOURS DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

Ouverture des inscriptions : 26/01/2026 / Nombre de places ouvertes : 45

<p><b>Date de session :</b>   <b>Du 31 août 2026 au 12 février 2027</b>   <b>(Sous réserve de modification)</b></p>	<p><b>CLOTURE DES INSCRIPTIONS :</b>  <b>Non titulaires Titre 4 ou Titre 3 Secteur Sanitaire et Social : 10/06/2026</b>  <b>Titulaires Titre 4 ou Titre 3 Secteur Sanitaire et Social : 19/06/2026</b></p>	
	<p><b>ADMISSIBILITE (Dossier)</b>  <b>AFFICHAGE RESULTATS :</b>  <b>16/06/2026 à 15h00</b></p>	<p><b>EPREUVES ADMISSION (oral) :</b>  <b>29/06/2026</b>  <b>AFFICHAGE RESULTATS :</b>  <b>01/07/2026 à 15h00</b></p>
	<p><b>STAGE D'OBSERVATION 70H à valider avant le 28 juin 2026 (Il doit être réalisé <u>de façon continue sur un seul lieu de stage</u>)</b></p>	

M., Mme Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... Portable : .....

Mail : **(obligatoire)** .....

- Diplômes scolaires obtenus (si BAC précisez la série) ? .....

*(Afin de bénéficier d'allègement de scolarité (cf. Programme de la formation), joindre les copies des diplômes obtenus)*

- Diplômes de secourisme :  PSC1  AFGSU1  AFGSU2  PSE1  PSE2  Autres : .....

- Situation professionnelle avant l'entrée en formation : .....

- Demandeur d'emploi : ..... OUI\* NON\*

Si OUI, depuis le ..... Indemnisé : ..... OUI\* NON\*

Numéro d'identifiant Pôle emploi : .....

- Avez-vous exercé en tant qu'auxiliaire ou conducteur ambulancier ? ..... OUI\* NON\*

Si OUI, depuis combien de mois à temps plein ? .....

- Vous concernant, identifiez-vous un besoin d'adaptation particulier ? (Adaptation des supports, du matériel, de la durée de l'examen, du rythme de la formation...) ..... OUI\* NON\*

Si oui, lequel / lesquelles : .....

- Vous avez déjà initié des démarches concernant le financement de votre formation : ..... OUI\* NON\*

Prise en charge de la formation :

<input type="checkbox"/> Moi-même  <input type="checkbox"/> Compte personnel de formation	<input type="checkbox"/> Entreprise Raison sociale : ..... Adresse : .....  Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Un organisme Raison sociale : ..... Adresse : .....  Téléphone : .....
---	---	---

\* encadrez la réponse utile

**FORMA SANTE**

Institut de Formation d' Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62

[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

## Constitution du dossier d'inscription

**NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX !  
LES PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES**

### **Pièces obligatoires pour tous les candidats :**

- Fiche d'inscription recto verso dûment complétées, datées et signées par le candidat.
  - Photocopie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité.
  - Photocopie recto-verso du permis de conduire (**les 3 volets**) conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité (hors période probatoire : délivré depuis plus de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée).
  - Photocopie** (ne pas joindre l'original) de l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (visite médicale à effectuer auprès du médecin traitant avant la visite de non-contre-indications à la profession d'ambulancier auprès du médecin agréé ARS). **La vaccination contre la COVID n'est plus obligatoire, cependant pour les étudiants et professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la COVID-19 (certains lieux de stage l'exigent)**.
  - Photocopie** (ne pas joindre l'original) de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance Cerfa 14880\*02 établie par un médecin agréé Préfecture. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant**.
  - Photocopie** (ne pas joindre l'original) certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier établi par un médecin agréé ARS. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant**.
  - Charte de protection de vos données personnelles signée.
  - Chèque de **150,00 €**, à l'ordre de « Forma Santé – IFA de Brest », correspondant aux frais d'admission et de concours (non remboursés en cas d'échec ou de désistement)
- Mode de règlement des frais d'admission et de concours :** (cocher la case selon le mode de règlement choisi)
- CB (vous recevrez un lien de paiement dès réception de votre dossier)
  - Chèques (à joindre avec le dossier)
  - Espèces (à déposer au secrétariat en main propre)
- 1 photo d'identité récente (**noter votre nom et votre prénom au dos**)
  - 3 enveloppes A5 (16.2cm x 22.9cm) libellées à vos nom et adresse et 6 timbres à 20g

### **Pour les candidats présentant un dossier d'admissibilité**

**(UNIQUEMENT pour les candidats NON TITULAIRE d'un titre 4 (BAC ou équivalent) tous domaines confondus ou Titre 3 (BEP CAP) du Secteur Sanitaire et Social)**

- Une lettre de motivation **manuscrite** ;
- Un curriculum vitae ;
- Un document **manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation figurant dans le descriptif du concours. Ce document n'excède pas deux pages (cf : 2. DEA - Descriptif détaillé du concours et programme de la formation) ;

**FORMA SANTÉ**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest  
9 rue de Vendée – 29200 BREST  
Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62  
[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

**Selon votre situation : à fournir en complément :**

- L'attestation de suivi de stage d'observation de 70h (cette attestation doit nous parvenir au plus tard le jour de l'épreuve d'admission)
- Photocopie des diplômes (BAC ou diplôme supérieur) ou titres traduits en français.
- Eventuellement, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française.
- Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- Eventuellement, un justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

**Pour les ambulanciers ayant exercé un mois au minimum en continu ou en discontinu ou 1 an en continue durant les 3 dernières années :**

- Pour les détenteurs de l'attestation « **Auxiliaire ambulancier** » nous fournir une copie de l'attestation ainsi qu'une copie de l'**AFGSU2**.
- Attestation de l'employeur (Cf : 11. DEA - Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité de conducteur ou d'auxiliaire ambulancier)

**Publication des résultats sur internet :**

**J'accepte que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet**

**Je n'accepte pas que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet**

Dans le cas d'un refus, merci de compléter la note relative à la publication des résultats du concours sur internet (cf : document 12)

**ATTENTION : En l'absence de réponse, les résultats seront publiés sur internet.**

**Je certifie les documents photocopiés conformes aux originaux que je détiens**

**J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes**

Fait à ..... , le ..... SIGNATURE

**A réception de votre dossier complet, vous pourrez alors être convoqué pour les épreuves d'admission du concours d'entrée (sauf si dispense). L'attestation de validation de stage est à nous retourner avant la fin des épreuves d'admission (sauf si dispense). Un modèle de convention de stage est à disposition sur notre site internet : [www.formasante.fr](http://www.formasante.fr)**

**FORMA SANTÉ**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest  
9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62  
[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073